

Einstellungen zum Krankheitsmodell und zu Selbsthilfegruppen als Prädiktoren der Teilnahme an Nachsorgeangeboten und des Therapieergebnisses bei Alkoholikern

Horst Pfrang und Josef Schenk

Psychologisches Institut der Universität Würzburg, Lehrstuhl II, Ludwigstrasse 6, D-8700 Würzburg, Bundesrepublik Deutschland

Attitudes Towards the Disease Model and Towards Self-help Groups as Predictors of Participation in Aftercare and of Therapeutic Outcome in Alcoholics

Summary. The study was conducted to determine the predictive value of attitudes towards the goals derived from the disease model of alcoholism (life-long acceptance of alcoholic status and endorsement of abstinence) as well as towards self-help groups. The criteria to be predicted were the intention to participate and actual participation in self-help groups as well as four indicators of therapeutic success. Only in cross-sectional analysis were significant correlations found. Longitudinally, there were no relevant relationships between the attitudes expressed by the patients at the end of inpatient treatment (t1) and subsequent participation in self-help groups or indicators of therapeutic success (t2: follow-up, 9 month after discharge). The discrepancy between cross-sectional and longitudinal analysis can be attributed to the fact that attitudes become increasingly less stable with time. This indicates that it is only possible to a limited extent to predict from the attitudes expressed during inpatient treatment how patients will actually behave in daily life outside the clinic. The consequences of these findings for therapy are discussed.

Key words: Alcoholism attitudes – Disease model – Prediction of aftercare participation – Prediction of therapeutic outcome

Zusammenfassung. Ziel der Studie ist es, den Vorhersagewert von Einstellungen zu den Zielen der Alkoholismustherapie, die aus dem Krankheitsmodell abgeleitet sind (Akzeptierung des Alkoholikerstatus und der Notwendigkeit lebenslanger und absoluter Abstinenz), sowie der Einstellung zu Selbsthilfegruppen zu bestimmen. Bezuglich Selbsthilfegruppen sollen die Teilnahmeabsicht und tatsächliche Teilnahme, bezüglich des Therapieerfolgs sollen vier Indikatoren vorhergesagt werden. Signifikante Korrelationen im Sinne der Hypothesen ergeben sich nur in den Querschnittsanalysen. In der Längsschnittanalyse finden sich dagegen keine relevanten Zusammenhänge zwischen den Einstellungen der Patienten am Ende der stationären Behandlung (t1) und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen sowie den Indikatoren des Therapieerfolgs (t2: Katamnese, neun Monate nach Entlassung). Die Diskrepanz

zwischen Quer- und Längsschnittsanalyse kann auf die niedrige Stabilität der Einstellung zurückgeführt werden. Eine Generalisierung von der stationären Behandlung auf den Alltag außerhalb der Klinik scheint nur in begrenztem Ausmaß zu erfolgen. Konsequenzen für die Therapie werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Alkoholismus – Einstellungen – Krankheitsmodell – Vorhersage – Nachsorge – Therapieergebnis

Problemstellung

Abstinenz von alkoholischen Getränken ist ein von beinahe allen deutschsprachigen Therapeuten angestrebtes Ziel in der Alkoholikertherapie, wobei die Abstinenz als notwendige Voraussetzung für die allgemeine psychosoziale Reintegration des Alkoholikers gesehen wird. Die starke Ausrichtung auf das Abstinenzziel hat ihre Wurzeln weitgehend in den Vorstellungen der Anonymen Alkoholiker über das Wesen des Alkoholismus und – damit zusammenhängend – der Beschreibung und Erklärung des Gamma-Alkoholismus durch Jellinek (1946, 1952, 1968). Der Alkoholismus wird als eine lebenslange und irreversible Krankheit verstanden und kann manifest (= mit exzessivem Konsum) oder latent (= ohne Alkoholkonsum) sein. Als irreversibles Merkmal der Krankheit gilt der Kontrollverlust, die Unfähigkeit des Alkoholikers den Alkoholkonsum willentlich zu beenden, wenn er erst einmal zu trinken begonnen hat, oder anders formuliert, die Unfähigkeit zu „normalem“, „sozialem“ oder „kontrolliertem“ Konsum.

Aus diesem Krankheitsmodell ergeben sich im wesentlichen zwei Konsequenzen für die Behandlung (Leach und Norris 1977; Gerchow und Schrappe 1980; Walch-Heiden 1982; Feuerlein 1984): (a) Der Patient muß erkennen, daß er Alkoholiker ist und lebenslang sein wird, da er die Fähigkeit zu kontrolliertem Konsum für immer verloren hat, und muß deshalb für sich Abstinenz als einzig mögliches Therapieziel akzeptieren. (b) Er muß einsehen, daß er als lebenslang Kranke auch lebenslanger Hilfe bedarf. Die Internalisierung dieser Einstellungen wird durch therapeutische Interventionen, insbesondere durch didaktische Sitzungen, während der Entwöhnungsphase in der Klinik angestrebt. Nach der Entlassung, in der Nachsorgephase, sollen die Einstellungen korrespondierendes Verhalten bewirken: (a) Vermeidung jeglichen

Alkoholkonsums und (b) dauerhaften Anschluß an eine Nachsorgeorganisation, in der Regel eine Selbsthilfegruppe (z.B. Blaues Kreuz, Kreuzbund, Guttempler, Anonyme Alkoholiker), da zur Zeit nur diese Gruppen eine intensive und langfristige Betreuung gewährleisten (Feuerlein 1975; Walch-Heiden 1982). Diesen letzten Punkt erachten manche Autoren als so wichtig, daß sie eine Therapie ohne Nachsorge als nahezu sinnlos ansehen (Feuerlein 1984).

Die Verwirklichung der Behandlungsziele stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Nur eine kleine Minderheit entlassener Patienten erreicht stabile Langzeitabstinenz (Polich et al. 1981; Pettinati et al. 1982; Taylor et al. 1985) und nur eine Minderheit besucht regelmäßig Selbsthilfegruppen (Ogborne und Glaser 1981); Polich et al. 1981; Feuerlein 1975; Pfrang 1983; John 1984). Zwischen der Realisierung beider Ziele – der Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder anderen Nachsorgeangeboten und der Abstinentzrate – besteht ein positiver Zusammenhang (Baekeland 1977; Vanicelli 1978; Costello 1980; Polich et al. 1981; Ahles et al. 1983). Unklar bleibt allerdings, ob der Zusammenhang kausal interpretiert werden kann oder auf Selektionsfaktoren zurückzuführen ist (Bebbington 1976). In Querschnittsanalysen konnte gezeigt werden, daß ein Teil der Patienten (a) den Alkoholikerstatus und das Abstinentziel (Athen und Schranner 1981; Skinner et al. 1982) nicht akzeptieren, (b) kontrolliertes Trinken praktizieren, obwohl in der Therapie Abstinentz als Ziel gesetzt war (z.B. Brissett et al. 1980; Polich et al. 1981) und (c) das Alkoholismusmodell der Selbsthilfegruppen sowie deren Ziele und Werte ablehnen und dementsprechend keine Gruppensitzungen besuchen (z.B. Ogborne und Glaser 1981; Polich et al. 1981; Pfrang 1983).

Diese Ergebnisse können als Hinweis auf die Wirksamkeit von Selektionsfaktoren betrachtet werden, die sich im wesentlichen auf der Dimension "Akzeptanz des Behandlungsmodells und der Selbsthilfegruppen" einordnen lassen. Die Patienten, die die therapeutischen Konsequenzen des Krankheitsmodells nicht internalisiert haben und Selbsthilfegruppen ablehnen, leben häufig nicht abstinenter und besuchen keine Selbsthilfegruppen. Allerdings stellt sich die Frage, ob diese Ergebnisse aus Querschnittsuntersuchungen in einer Längsschnittsanalyse repliziert werden können, da nur so prüfbar ist, ob die Einstellungen entsprechendes Verhalten bewirken.

Zielsetzung und Methodik

Zielsetzung und Hypothesen

In einer kombinierten Quer- und Längsschnittuntersuchung soll geprüft werden, ob Zusammenhänge zwischen der Realisierung der Therapieziele im Bereich der Einstellung und der Integration in Nachsorgeorganisationen sowie Kriterien des Therapieerfolgs bestehen. Aus dem Modell werden folgende Hypothesen abgeleitet:

- (a) Zwischen der Akzeptierung des Krankheitsmodells (Alkoholikerstatus, Abstinentziel) und der Akzeptierung von Selbsthilfegruppen einerseits und der Integration in Selbsthilfegruppen andererseits besteht ein positiver Zusammenhang.
- (b) Zwischen der Akzeptierung des Krankheitsmodells und der Selbsthilfegruppen einerseits und den Kriterien des Therapieerfolgs andererseits besteht ein positiver Zusammenhang.

(c) Die postulierten Zusammenhänge gelten sowohl für Querschnitts- als auch für Längsschnittsanalysen; letztere hat dabei die größere Aussagekraft für die Prüfung des Modells, wenn sie die Generalisierung von der stationären Behandlung in der Klinik auf das Leben außerhalb der Klinik betrifft.

Stichprobe

Die Studie wurde am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg durchgeführt. Die Autoren waren an der Festlegung der Therapieziele und der Durchführung der Therapie nicht beteiligt. Das Ziel der Behandlung war lebenslange Abstinenz, die Behandlung bestand vor allem aus Gruppentherapie und didaktischen Sitzungen (vgl. Andritsch 1979). Die Teilnahme an Nachsorgeangeboten gilt als notwendige Bedingung therapeutischen Erfolgs. Nachsorge wird vorwiegend von Selbsthilfegruppen geleistet. Im Einzugsbereich der Klinik besteht ein fast flächendeckendes Netz dieser Gruppen. Die Therapeuten kooperieren mit den Gruppen und einige von ihnen nehmen auch an Gruppensitzungen teil (ausgenommen: Sitzungen der AA). Diese enge Zusammenarbeit ermöglicht den Therapeuten eine Beurteilung der Integration in die Gruppen (Pfrang und Schenk 1983).

Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Meßzeitpunkten: eine Woche vor der Entlassung aus der stationären Behandlung (t1) und durchschnittlich neun Monate nach der Entlassung (t2). Vor der Entlassung (t1) bearbeiteten 116 Patienten einen umfangreichen Fragebogen (343 Items). Die Stichprobe bestand aus 95 Männern und 21 Frauen mit der Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit (ICD9, 303). Das durchschnittliche Alter der Patienten beträgt 36,7 Jahre. Verheiratet sind 42,6% und leben mit ihrem Ehepartner zusammen, 27% sind ledig und 17,4% geschieden. Volksschulbildung haben 88,7%, 58,6% sind Arbeiter. Der durchschnittliche Alkoholkonsum lag vor der Behandlung bei 64,4% der Patienten über 150 mg reinem Alkohol pro Tag, der Spitzenkonsum erreichte bei 31,4% der Patienten mehr als 300 mg pro Trinkepisode. Innerhalb des PLKs handelt es sich um eine Positivauslese motivierter Patienten, die die Therapie vollständig durchlaufen haben.

Zum Zeitpunkt der Katamnese (t2) stuften die therapeutischen Mitarbeiter die Regelmäßigkeit des Besuchs von Selbsthilfegruppen ein, und gleichzeitig wurde den Patienten ein Fragebogen ($N = 166$ Items) zur Bearbeitung und Rücksendung zugesandt. Die therapeutischen Mitarbeiter konnten für 110 Patienten eine Einstufung der Teilnahmehäufigkeit an Sitzungen der Selbsthilfegruppen vornehmen (94,4% der ursprünglichen Stichprobe). Den Fragebogen sandten 69 ehemalige Patienten zurück. Die Rücklaufquote von 59,5% konnte trotz Mahnschreiben und bis zu dreimaligen Versuchen persönlicher Kontaktaufnahme nicht gesteigert werden. Die Rücklaufquote liegt jedoch im üblichen Bereich (vgl. Bebbington 1976; Krampen und Nispel 1981; Funke und Klein 1982).

Für die Fremdeinschätzung der Regelmäßigkeit des Besuchs von Selbsthilfegruppen kann die Stichprobenausschöpfung als sehr gut bezeichnet werden. Für die Selbsteinschätzung der Teilnahme und der Therapieerfolgskriterien stellt sich die Frage, ob durch den Verlust von 40,5% eine systematische Verzerrung vorliegt. Nach Miller et al. (1970) und Moos und Bliss (1978) haben die schwieriger erreichbaren Patienten ein schlechteres Therapieergebnis als die leichter erreichbaren, während LaPorte et al. (1981) keinen entsprechenden Zusammenhang nachweisen konnten. Der Einfluß

des Therapieergebnisses zum Zeitpunkt der Katamnese auf die Teilnahme an der Untersuchung kann anhand der vorliegenden Daten nicht geprüft werden. Vergleicht man Antwortende und Nicht-Antwortende anhand der in der Klinik erhobenen Daten, so ergeben sich in den soziodemographischen Daten und im Trinkverhalten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Aus Platzgründen werden die Ergebnisse nicht im einzelnen dargestellt. Auch in den inhaltlich bedeutsamen Variablen zur Akzeptierung des Alkoholikerstatus ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Antwortenden und Nicht-Antwortenden („Relativierung“: $z = -1.1$; „Normalität“: $z = -1.3$; „Abstinenznotwendigkeit“: $z = -0.5$). Dasselbe gilt für die Einstellung zu Selbsthilfegruppen („Identifizierung“: $z = -1.5$; „Unsicherheit“: $z = -0.2$; „Angst vor Stigmatisierung“: $z = -0.6$; „Alternativen“: $z = -1.1$). Für die Überprüfung der Hypothesen kann die Stichprobe als zufriedenstellend beurteilt werden, da keine signifikante Verzerrung nachgewiesen werden kann und sich die erwarteten Zusammenhänge auch bei den erreichbaren Patienten nachweisen lassen sollten.

Operationalisierung der Kriterien und Korrelate bzw. Prädiktoren

Mit den eingesetzten Fragebögen wurden zu beiden Zeitpunkten zum Teil dieselben Variablen erfaßt. Im Folgenden wird nur auf die Variablen eingegangen, die für die vorliegende Fragestellung relevant sind. Tabelle 1 gibt einen Überblick über Kriterien, Prädiktoren bzw. Korrelate, Meßzeitpunkte und Reliabilität der eingesetzten Skalen.

Kriterien. In bezug auf die Teilnahme an Selbsthilfegruppen wird innerhalb der Klinik (t1) die Teilnahmebereitschaft und zum Zeitpunkt der Katamnese (t2) die Regelmäßigkeit der Teilnahme erfaßt. Für den Teil der Stichprobe, für den Fremd- und Selbsterteil über die Regelmäßigkeit der Teilnahme vorliegen, läßt sich die Reliabilität der Messung bestimmen. Die Rangkorrelation zwischen der Einstufung durch das therapeutische Personal und der Selbsteinstufung beträgt $\rho = .80$ und kann als zufriedenstellend bewertet werden. Um den Einfluß der Nicht-Übereinstimmung zu kontrollieren, werden sowohl die Fremd- als auch die Selbsteinschätzung als Kriterien eingesetzt.

Zur Beurteilung des Therapieerfolgs werden zwei Kriterien zur Erfassung des Trinkverhaltens und zwei Kriterien zur psychosozialen Anpassung erhoben. „Trinkstil“ ist eine globale Selbsteinschätzung über den gesamten Katamnesezeitraum („durchgehend abstinenz“ und „Rückfall, aber seit mindestens einem halben Jahr wieder abstinenz“: 62,3%; „kontrolliert“: 24,6%; „rückfällig“: 11,6%). Diese als Kontinuum gedachte Abstufung folgt der Logik des klassischen Alkoholismusmodells, wonach es eine Variation von Abstinenz zu Rückfall gibt und der gemäßigte Konsum als Übergang zum exzessiven Trinken anzusehen ist. Da dieses theoretische Verständnis umstritten ist, wird als zweites Maß die aktuelle „Frequenz“ des Konsums erhoben (Variation von „nie“ bis „täglich“). Die Skala „Erlebter Therapieerfolg“ mißt wahrgenommene positive Veränderungen von der Zeit vor der Therapie bis zum Zeitpunkt der Katamnese. Wer einen hohen Wert erreicht, bewältigt alltägliche Probleme erfolgreicher, blickt optimistischer in die Zukunft etc. Die Skala „Zufriedenheit“ erfaßt die aktuelle und globale Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Arbeit, soziale Integration).

Tabelle 1. Variablenübersicht mit kurzer inhaltlicher Charakterisierung, Angabe der Meßzeitpunkte (t1: eine Woche vor Entlassung; t2: Katamnese, 9 Monate nach Entlassung) und Angabe der Itemzahl pro Skala mit interner Konsistenz

Variable	Kurzbeschreibung	t1	t2	N-Items	Cronbach's Alpha
1. Kriterien					
1.1. Selbsthilfegruppen					
Teilnahmebereitschaft	nein, weiß nicht, ja				×
Regelmäßigkeit der Teilnahme	„kein Kontakt“ bis „jede Sitzung“				
	Fremdeinstufung durch Pflegepersonal			×	
	Selbsteinstufung			×	
1.2. Therapieergebnis					
Trinkstil	abstinenz, kontrolliert, rückfällig				
	Globalurteil über Katamnesezeit			×	
Frequenz	aktueller Konsum „nie“ bis „täglich“			×	
Erlebter Therapieerfolg	Wahrgenommene Veränderungen zwischen Aufnahme und Katamnese	×		11	0,95
Zufriedenheit	Global und in verschiedenen Bereichen	×		12	0,86
2. Prädiktoren bzw. Korrelate					
2.1. Akzeptanz Krankheitsmodell					
Relativierung	Bagatellisierung Konsum und Folgen	×	×	6	0,67
Normalität	Ablehnung Alkoholikerstatus	×	×	4	0,75
Abstinenznotwendigkeit	Einsicht in lebenslange Abstinenz	×	×	3	0,71
2.2. Selbsthilfegruppen					
Identifizierung	Akzeptanz, persönliche Relevanz	×	×	5	0,62
Unsicherheit	Informationsmangel, Hilflosigkeit	×	×	3	0,61
Angst vor Stigma	Befürchtung negativer sozialer Reaktion	×	×	4	0,75
Alternativen	zu Gruppe im engen sozialen Umfeld	×	×	3	0,71

Die interne Konstanz beider Skalen kann als gut bewertet werden.

Prädiktoren bzw. Korrelate. Die Einstellung zu den Zielen, die aus dem Krankheitsmodell abgeleitet sind, wird durch drei Skalen erfaßt. Die Skala „Relativierung“ mißt die Akzeptierung des Alkoholikerstatus. Ein hoher Wert bedeutet Bagatellisierung des Konsums und seiner Folgen (Itembeispiel: „Ich habe eigentlich nicht viel mehr getrunken als Andere auch“), d.h., eine Abweichung vom Üblichen wird nicht wahrgenommen. Die Skala „Normalität“ mißt die Ablehnung des Status „lebenslanger Alkoholiker“ direkt (Itembeispiel: „Ich war einmal Alkoholiker, jetzt bin ich keiner mehr“). Die Skala „Abstinenznotwendigkeit“ erfaßt die Akzeptanz absoluter und lebenslanger Abstinenz als einziges mögliches Behandlungsziel für Alkoholiker.

Die Einstellung zu Selbsthilfegruppen wird mit vier Skalen erhoben. Die Skala „Identifizierung“ erfaßt, ob der Proband die Ziele und Werte der Selbsthilfegruppen akzeptiert und die Teilnahme als persönlich relevant einstuft. Die Skala „Unsicherheit“ bezieht sich auf Informationsmängel und eine hilflose und ängstliche Einstellung gegenüber Selbsthilfegruppen. Ein hoher Wert in der Skala „Angst vor Stigmatisierung“ verweist auf die Antizipation negativer sozialer Reaktionen durch die Umwelt im Falle einer Mitgliedschaft. Die Skala „Alternativen“ erfaßt wahrgenommene alternative Quellen sozialer Unterstützung, z.B. durch die Familie.

Die Reliabilität der Skalen ist unter Berücksichtigung der Itemzahl zufriedenstellend (vgl. Tabelle 1; Angaben nach Pfrang und Schenk 1982).

Auswertung

Die Auswertung erfolgte auf dem TR440 des Rechenzentrums der Universität Würzburg mit dem Programmsystem „PSYST201“ von Rausche (1983). Die Zusammenhänge zwischen Kriterien und Korrelaten werden mit der Spearman'schen Rangkorrelation geprüft, da die Werte der Einstel-

lungsskalen während des Klinikaufenthaltes nicht normal, sondern J-verteilt sind.

Ergebnisse

Einstellungen und Teilnahme an Selbsthilfegruppen

Die Rangkorrelationen zwischen den Einstellungsskalen und der Kriterien Teilnahmebereitschaft bzw. Regelmäßigkeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen sind für zwei Querschnittsanalysen (Einstellungen und Teilnahmebereitschaft vor Entlassung t1; Einstellungen und Regelmäßigkeit der Teilnahme zum Zeitpunkt der Katamnese t2) und die Längsschnittanalyse (Regelmäßigkeit der Teilnahme t2, Einstellung t1) in Tabelle 2 dargestellt. Um mögliche Verzerrungen durch die Rücklaufquote zu kontrollieren, sind die Ergebnisse sowohl für die Gesamtstichprobe wie auch für die Teilstichprobe der Antwortenden dargestellt. Die Ergebnisse bezüglich der Regelmäßigkeit der Teilnahme werden für Fremd- und Selbst einschätzung bei der Erfassung getrennt dargestellt.

Werden Einstellungen und Kriterien zum selben Zeitpunkt erfaßt, so lassen sich die Hypothesen im Großen und Ganzen bestätigen (Querschnittsanalyse, Spalten I-IV). Bei allen Korrelationen ist die Richtung des Vorzeichens im Sinne der Hypothesen und 18 von 28 möglichen Korrelationen sind signifikant. Das Ergebnis ist weitgehend unabhängig von systematischen Einflüssen. In der stark reduzierten Stichprobe sind die Korrelationen (Spalte II) in etwa gleich hoch wie in der nur wenig reduzierten Stichprobe (Spalte I), auch wenn in der stark reduzierten Stichprobe deutlich weniger Korrelationen signifikant werden. Die Verwendung von Fremd- oder Selbsteinschätzung der Regelmäßigkeit der Teilnahme beeinflußt die Richtung der Korrelationen nicht und die Höhe nur unwesentlich (Vergleich der Spalten III und IV).

Inhaltlich kann das Ergebnis der beiden Querschnittsanalysen folgendermaßen formuliert werden: Je weniger der Konsum und seine Folgen bagatellisiert (Skala „Relativie-

Table 2. Rangkorrelationen zwischen den Einstellungen und den Kriterien zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen (Teilnahmebereitschaft, tatsächliche Teilnahme in Selbst- und Fremdangabe) im Querschnitt (Einstellungen und Kriterium zum selben Zeitpunkt erfaßt) und Längsschnitt (Einstellungen eine Woche vor der Entlassung, Kriterium zum Zeitpunkt der Katamnese) mit Kontrolle potentieller Stichprobeneinflüsse und der Angabe der Stabilität der Einstellungen

Einstellungsskalen	Querschnittsanalyse						Stabilität der Einstellungen (t1, t2)
	Einstellungen (t1) mit Bereitschaft (t1)		Einstellungen (t2) mit Teilnahme (t2)		Einstellungen (t1) mit Teilnahme (t2)		
	(N = 110)	(N = 69)	Fremd (N = 69)	Selbst (N = 69)	Fremd (N = 110)	Fremd (N = 69)	Selbst (N = 69)
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1. Akzeptanz Modell							
Relativierung	-0,32***	-0,27*	-0,33**	-0,29*	0,02	0,05	0,01
Normalität	-0,25**	-0,12	-0,14	-0,15	-0,07	-0,07	-0,10
Abstinenznotwendigkeit	0,15	0,12	0,49***	0,47***	0,07	0,11	-0,02
2. Selbsthilfegruppe							
Identifizierung	0,25**	0,21	0,65***	0,62***	0,04	0,05	0,17
Unsicherheit	-0,21*	-0,16	-0,23	-0,30*	-0,11	-0,22	-0,22
Angst vor Stigma	-0,20	-0,17	-0,35**	-0,46***	0,15	0,22	0,07
Alternativen	-0,45***	-0,32**	-0,71***	-0,69***	-0,12	-0,07	-0,05

t1 = vor Entlassung; t2 = Katamnese. Signifikanz: * P < 0,05; ** P < 0,01; *** P < 0,001

rung“) werden, je weniger die Sonderrolle als Alkoholiker (Skala „Normalität“) abgelehnt wird und je mehr Einsicht in die Notwendigkeit lebenslanger und absoluter Abstinenz (Skala „Abstinenznotwendigkeit“) besteht, desto höher die Teilnahmebereitschaft in der Klinik bzw. desto regelmäßiger die Teilnahme an Selbsthilfegruppen zum Zeitpunkt der Katamnese. Je größer die Zustimmung zu den Zielen und Werten der Gruppen (Skala „Identifizierung“), je niedriger Informationsmangel und Hilflosigkeit (Skala „Unsicherheit“), je geringer die Angst vor negativen sozialen Reaktionen (Skala „Angst vor Stigma“) und je weniger alternative Quellen sozialer Unterstützung (Skala „Alternativen“), desto höher die Teilnahmebereitschaft bzw. desto regelmäßiger die Teilnahme.

Das generelle Ergebnis ist zu den beiden Meßzeitpunkten allerdings unterschiedlich stark ausgeprägt (Vergleich der Spalten I und II gegen III und IV). Die Korrelationen der Klinikdaten (t1) sind in der Regel niedrig, die zum Zeitpunkt der Katamnese (t2) teilweise recht hoch. Die Differenz in der Höhe der Koeffizienten ist bei den Skalen „Abstinenznotwendigkeit“ und „Identifizierung“ am auffälligsten. Der Unterschied in der Höhe kann einerseits methodisch (Deckeneffekte) und andererseits inhaltlich erklärt werden. Da die Werte in den Einstellungsskalen in der Klinik sehr schief verteilt sind, könnte dies die Korrelationen gedämpft haben. Auf der anderen Seite könnte innerhalb der Klinik die Frage nach der Teilnahmebereitschaft (Verhaltensintention) in Richtung sozialer Erwünschtheit beantwortet worden sein, um den Erwartungen des therapeutischen Personals zu genügen, während das tatsächliche Verhalten im natürlichen sozialen Umfeld neun Monate nach der Entlassung die Verhältnisse realistischer abbildet.

Insgesamt stimmen die Daten mit den Hypothesen überein. Das Behandlungsmodell scheint somit zuzutreffen und die therapeutische Intervention im gewünschten Sinne wirksam zu sein. Ob diese Interpretation zutrifft, lässt sich aber letztlich nur in der Längsschnittsanalyse prüfen, da sich hier zeigen muß, ob die Einstellungen von der Klinik auf das natürliche Umfeld generalisiert werden und entsprechendes Verhalten bewirkt wird (s. Tabelle 2, Spalten V bis VIII). Im Längsschnitt ergibt sich jedoch ein deutlich anderes Bild als im Querschnitt. Von den 21 möglichen Korrelationen zwischen dem Kriterium Regelmäßigkeit der Teilnahme und den Ein-

stellungsskalen ist keine signifikant (Spalten V bis VII). Dieses Ergebnis ist unabhängig von der Stichprobenauflösung und der Art der Teilnahmebestimmung. Die Hypothesen können somit für die Längsschnittsanalyse nicht bestätigt werden. Die in der Klinik geäußerten Einstellungen erlauben keine Vorhersage auf das Verhalten nach der Entlassung.

Die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der Quer- und Längsschnittsanalyse kann durch die geringe Stabilität der Einstellungen erklärt werden (Tabelle 2, Spalte VIII). Die Korrelationen zwischen den Einstellungen in der Klinik (t1) und denen zum Zeitpunkt der Katamnese (t2) sind zwar in der Regel signifikant, aber recht niedrig. Die Patienten scheinen sich in der Klinik den dort herrschenden Normen anzupassen, sich konform zu verhalten, ohne langfristige Internalisierung. Dies zeigt sich besonders deutlich am Unterschied zwischen der Bereitschaft zur Teilnahme, in der Klinik angegeben von 81 Patienten, und der tatsächlichen Teilnahme, praktiziert von 33 Patienten außerhalb der Klinik.

Einstellungen und Therapieerfolg

Die Rangkorrelationen zwischen den Einstellungen und den Kriterien des Therapieerfolgs sind in Tabelle 3 dargestellt. Da der Therapieerfolg nur zum Zeitpunkt der Katamnese erfaßt wurde und zumindest im Bereich Trinkverhalten auch nur zu diesem Zeitpunkt erhoben werden kann, ergibt sich nur eine Querschnittsanalyse. Hier sind 18 von 28 Korrelationen im Sinne der Hypothesen signifikant, eine im gegenläufigen („Normalität“ mit „Erlebter Therapieerfolg“) und neun verfehlten die Signifikanzgrenze. Je größer die Bagatellisierung des Konsums und seiner Folgen (Skala „Relativierung“) und je größer die Einsicht in die Notwendigkeit lebenslanger und absoluter Abstinenz („Abstinenznotwendigkeit“), desto günstiger der Therapieerfolg. Je positiver die Einstellung zu Selbsthilfegruppen („Identifizierung“, „Unsicherheit“, „Angst vor Stigma“), desto günstiger das Therapieergebnis. Insgesamt sind die Korrelationen nicht sehr hoch. Für die Skala „Alternativen“ sind die Korrelationen durchgehend nicht signifikant und für die Skala „Normalität“ ergibt sich nur in einem Falle eine Signifikanz, allerdings im gegenläufigen Sinne: der erlebte Therapieerfolg korreliert positiv mit dem Wunsch nach Rückkehr zur Normalität und damit der Ablehnung der Rolle des „lebenslangen Alkoholikers“.

Table 3. Rangkorrelationen zwischen den Einstellungen und den Kriterien des Therapieergebnisses im Querschnitt (Einstellungen und Kriterien zum Zeitpunkt der Katamnese) und Längsschnitt (Einstellungen eine Woche vor Entlassung, Kriterien zum Zeitpunkt der Katamnese), N = 69

Einstellungsskalen	Querschnittsanalyse Einstellung t2 mit Kriterien t2				Längsschnittsanalyse Einstellung t1 mit Kriterien t2			
	Trinkstil	Frequenz	Erlebter Erfolg	Zufriedenheit	Trinkstil	Frequenz	Erlebter Erfolg	Zufriedenheit
1. Akzeptanz Modell								
Relativierung	0,45***	0,36**	-0,40***	-0,24*	0,08	0,04	-0,14	-0,01
Normalität	-0,17	-0,18	0,24*	0,23	0,02	-0,10	0,24*	0,26*
Abstinenznotwendigkeit	-0,41***	-0,41***	0,38**	0,33**	-0,20	-0,15	0,16	0,23
2. Selbsthilfegruppe								
Identifizierung	-0,26*	-0,23	0,30*	0,25*	-0,13	-0,16	0,26*	0,27*
Unsicherheit	0,24*	0,17	-0,40***	-0,28*	0,12	0,20	-0,13	0,04
Angst vor Stigma	0,30*	0,28	-0,30*	-0,29*	0,01	0,09	-0,15	-0,13
Alternativen	0,13	0,13	-0,15	-0,07	0,29*	0,20	-0,23	-0,16

t1 = vor Entlassung; t2 = Katamnese. Signifikanz: * P < 0,05; ** P < 0,01; *** P < 0,001

Auch hier ist die Längsschnittanalyse bedeutsamer. Im Längsschnitt sind von 28 möglichen Korrelationen drei im Sinne der Hypothesen signifikant, zwei im gegenläufigen („Normalität“ mit „Erlebter Therapieerfolg“ und „Zufriedenheit“) und 23 sind nicht signifikant. Die Hypothesen können nicht bestätigt werden. Aus den in der Klinik geäußerten Einstellungen läßt sich das Therapieergebnis nicht vorhersagen, d.h. die Einstellungen wirken sich weder auf den Umgang mit Alkohol noch auf die psychosoziale Anpassung aus.

Diskussion

Die Analyse ergab, daß es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Einstellung zum Krankheitskonzept und den daraus abgeleiteten therapeutischen Konsequenzen auf der einen Seite und der Teilnahmebereitschaft bzw. tatsächlichen Teilnahme an Selbsthilfegruppen sowie Kriterien des Therapieerfolgs (abstinentes Verhalten nach eigenen Angaben, erlebter Therapieerfolg, Lebenszufriedenheit) auf der anderen Seiten gibt. Dies gilt jedoch nur für zeitgleich erhobene Daten. Keinen Zusammenhang gibt es jedoch zwischen den Einstellungen, die zum Abschluß der Therapie in der Klinik von den Patienten geäußert wurden und der späteren Teilnahme an Selbsthilfegruppen und den Indikatoren des Therapieerfolgs. Die Einstellungen erwiesen sich für den untersuchten Zeitraum von neun Monaten als wenig stabil.

Therapeuten legen einen Schwerpunkt ihrer Therapie darauf, daß der Patient sich als Alkoholiker zu sehen lernt, Einsicht in die Notwendigkeit lebenslanger Abstinenz zeigt und u.a. Selbsthilfegruppen als wichtig für die Wiedergewinnung eines störungsfreien Lebens akzeptiert. Die Verwirklichung dieser Ziele innerhalb der Klinik sagt aber nichts darüber aus, wie sich der Patient dann außerhalb der Klinik verhalten wird. Unter Verweis auf eine entsprechende Haltung kann der Klinik-Patient nicht als „geheilt“ betrachtet, die Therapie nicht beendet werden. Offensichtlich hat der Patient sich in der Klinik nur den dort herrschenden Normen angepaßt, was nicht im Sinne einer dauerhaften Internalisierung dieser Normen verstanden werden darf. Nachdem auch andere in der Therapie angegangene Variablen wie Persönlichkeitseigenschaften und deren Veränderung keine relevante Prognose des späteren Therapieerfolgs erlauben (Gibbs und Flanagan 1977; Cox 1979; Barnes 1983; Küfner 1984), die Verhaltensanpassung in der Klinik keinen prognostischen Wert hat (Costello 1980) und auch die Globalprognose der Therapeuten kaum eine Vorhersage ermöglicht (Küfner et al. 1983), ergeben sich zwei Konsequenzen: zum einen muß die Therapie zwingenderweise über den Klinikrahmen hinaus fortgesetzt werden, zum anderen wird man darüber nachdenken müssen, ob das auf Jellinek zurückgehende Verständnis der Alkoholabhängigkeit und der daraus abgeleiteten therapeutischen Konsequenzen weiterhin in jedem Fall Grundlage der Behandlung bleiben müßte.

Die ambulante Fortsetzung der Therapie stimmt mit einem komplexeren Verständnis der Abhängigkeit überein (Schenk 1984), indem insbesondere die Situation als Determinante des Trinkverhaltens hinzukommt. Verzichtet man auf die Situation und nimmt z.B. das Erlebensmerkmal „Drang nach Alkohol“ als zentrales Bestimmungselement der Abhängigkeit (z.B. ICD-9, Degkwitz et al. 1980), so wären die meisten Patienten innerhalb der Klinik nach kurzer Zeit „geheilt“, da sie, wie bereits Bleuler (1923) beobachtete und in der Zwi-

schenzeit mehrfach bestätigt wurde (z.B. Hore 1974; Watzl und Gutbrod 1983), in der Klinik nur ausnahmsweise und in geringem Unfang einen Wunsch nach Alkohol verspüren. Wenn sich aber Therapeut und Patient im geschützten Umfeld der Klinik nicht mit dem Verlangen nach Alkohol auseinandersetzen können, verwundert es nicht, daß am Ende der stationären Behandlung keine prognostische Beurteilung des Therapieerfolgs möglich ist.

Es stellt sich auch die Frage, ob das, was z.B. bei Depressiven als therapeutisch kontraindiziert gilt, bei Alkoholikern tatsächlich die Grundlage des Therapieerfolgs darstellt: Die lebenslange Übernahme einer krankheitsbezogenen Sonderrolle. Nach den vorgelegten Daten erlaubt die Akzeptierung des Alkoholikerstatus keine Prognose des Therapieerfolgs. Auch wird die Allgemeingültigkeit des Jellinekschen Krankheitsmodells auf dem Hintergrund neuer Forschungsergebnisse erheblich in Frage gestellt und einige Autoren befürworten eine differentielle Indikation der Therapieziele Abstinenz oder „kontrolliertes“ Trinken (Miller und Hester 1980; Caddy und Block 1983). Ob ein solcher Weg für einen Teil der Patienten realisierbar ist, hängt nicht nur von der Wahl des adäquaten Therapieziels für den einzelnen Patienten ab, sondern auch davon, ob die Therapie bis zum Ende durchgeführt wird. Letzteres scheint das zentrale Problem zu sein: Die Therapie ist auf Ziele hin orientiert, die nur vordergründig erreicht werden, und sie wird beendet, ohne daß der Therapeut in der Klinik eine empirisch begründete Aussage darüber machen kann, ob der Patient in einer abstinenzorientierten Haltung dauerhaft gefestigt ist und er zu seiner Unterstützung Selbsthilfegruppen in Anspruch nehmen wird. Somit wird die Therapie bei einem Großteil der Patienten eigentlich nicht erfolgreich abgeschlossen, sondern abgebrochen. Die mäßige Erfolgsquote in der Alkoholismustherapie wird man auch unter dem Aspekt einer nicht optimalen Therapie diskutieren und in kontrollierten Therapiestudien Alternativen untersuchen müssen.

Literatur

- Ahles TA, Schlundt DG, Prue DM, Rychtarik RG (1983) Impact of aftercare arrangements on the maintenance of treatment success in abusive drinkers. *Addict Behav* 8: 53–58
- Andritsch F (1979) Die Rolle der psychiatrischen Landeskrankenhäuser in der Versorgung Suchtkranker. *Psycho* 5: 554–563
- Athen D, Schraner B (1981) Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer medizinischen Klinik. In: Keup W (Hrsg) Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Thieme Stuttgart, pp 43–47
- Baekeland F (1977) Evaluation of treatment methods in chronic alcoholism. In: Kissin B, Begleiter H (eds) Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic. The biology of alcoholism, vol 5. Plenum Press New York, pp 385–440
- Barnes GE (1983) Clinical and prealcoholic personality characteristics. In: Kissin B, Begleiter H (eds) The pathogenesis of alcoholism, psychosocial factors. The biology of alcoholism, vol 6. Plenum Press New York, pp 113–196
- Bebbington PE (1976) The efficacy of alcoholics anonymous: The elusiveness of hard data. *Br J Psychiatry* 128: 572–580
- Bleuler E (1923) Lehrbuch der Psychiatrie (4. Auflage), Springer, Berlin
- Brisset D, Laundergan JC, Kammeier ML, Biele M (1980) Drinkers and non-drinkers at three and a half years after treatment; attitudes and growth. *J Stud Alcohol* 41: 945–952
- Caddy GR, Block T (1983) Behavioral treatment methods for alcoholism. In: Galanter M (ed) Recent developments in alcoholism, vol 1. Plenum Press New York, pp 139–165

- Costello RM (1980) Alcoholism aftercare and outcome: Cross-lagged panel and path analysis. *Br J Addict* 75: 49–53
- Cox WM (1979) The alcoholic personality: A review of the evidence. *Progr Exp Pers Res* 9: 89–148
- Degkwitz R, Helmchen H, Kockott G, Mombour W (1980) Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, Deutsche Ausgabe des ICD, 9. Revision, Kapitel V, Springer, Berlin Heidelberg New York
- Feuerlein W (1975) Katamnestische Untersuchungen an ambulant und stationär behandelten Alkoholikern. In: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesdrucksache Bonn, pp 506–520
- Feuerlein W (1984) Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit (3. Auflage), Thieme Stuttgart
- Funke J, Klein M (1982) Katamnestische Untersuchung stationär behandelter Alkoholiker. *Suchtgefahren* 27: 143–150
- Gerchow J, Schrappe O (1980) Alkoholismus. Deutscher Ärzteverlag Köln
- Gibbs L, Flanagan J (1977) Prognostic indicators of alcoholism treatment outcome. *Int J Addict* 12: 1097–1141
- Hore BD (1974) Craving for alcohol. *Br J Addict* 69: 137–140
- Jellinek EM (1946) Phases in drinking history of alcoholics. *Qu J Stud Alcohol* 7: 1–89
- Jellinek EM (1952) Phases of alcohol addiction. WHO Mental Health, Technical Report Series No. 48, Genf
- Jellinek EM (1968) The disease concept of alcoholism, 4th edn. College and University Press, New Haven
- John U (1984) Alkoholiker nach Therapien: Teilnahme an Selbsthilfegruppen. *Offentliches Gesundheitswesen* 46: 309–314
- Krampen G, Nispel L (1981) Ein Jahr danach – Selbst- und fremdkatamnestische Befunde zur Situation von Patienten einer 6-wöchigen Alkohol-Entziehungskur. *Z Klin Psychol* 10: 13–26
- Küfner H (1984) Zur Prognose des Alkoholismus. *Therapiewoche* 34: 3636–3643
- Küfner H, Feuerlein W, Flohrschütz T (1983) Untersuchung über stationäre Alkoholismustherapien. Erste Ergebnisse einer Halbjahres-Katamnese. *Drogen und Alkohol* 3, 3. Int. Symp. Basel, 148–166
- La Porte DJ, McLellan AT, Erdlen FR, Parente RJ (1981) Treatment outcome as a function of follow-up difficulty in substance abusers. *Consult Clin Psychol* 49: 112–119
- Leach B, Norris JL (1977) Factors in the development of Alcoholics Anonymous (A.A.). In: Kissin B, Begleiter H (eds) Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic. The biology of alcoholism, vol 5. Plenum Press New York, pp 441–543
- Miller BA, Pokorny AD, Valles J, Cleveland SE (1970) Biased sampling in alcoholism treatment research. *Qu J Stud Alcohol* 31: 97: 107
- Miller WR, Hester RK (1980) Treating the problem drinker: Modern approaches. In: Miller WR (ed) The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity, Pergamon Press Oxford, pp 11–142
- Moos R, Bliss F (1978) Difficulty of follow-up and outcome of alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 39: 473–490
- Ogborne AC, Glaser FB (1981) Characteristics of affiliates of Alcoholics Anonymous. A review of the literature. *J Stud Alcohol* 42: 661–675
- Pettinati HM, Sugerman AA, Didonato N, Maurer HS (1982) The natural history of alcoholism over four years after treatment. *J Stud Alcohol* 43: 201–215
- Pfrang H (1983) Alkoholiker im Vergleich: Abstinente, mäßige Alkoholkonsumenten und Rückfällige eineinhalb bis viereinhalb Jahre nach der Therapie. In: Bittner G (Hrsg) Personale Psychologie. Festschrift für Ludwig J. Pongratz. Hogrefe Göttingen, pp 282–307
- Pfrang H, Schenk J (1982) Nachsorge bei Alkoholabhängigen: Bedingungen der Bereitschaft zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen. *Suchtgefahren* 28: 297–310
- Pfrang H, Schenk J (1983) Einstellungsänderungen und Therapieergebnis in Abhängigkeit von der Bereitschafts-Verhaltens-Konsistenz in Bezug auf die Teilnahme an Selbsthilfegruppen bei Alkoholikern. *Suchtgefahren* 29: 335–344
- Polich JM, Armor DJ, Braiker HB (1981) The course of alcoholism. Four years after treatment. Wiley & Sons, New York
- Rausche A (1983) PSYST-201. Ein dateiorientiertes Programmsystem zur Datenanalyse in der Psychologie. Würzburg, unveröffentlicht
- Schenk J (1984) New concepts of drug dependence and their consequences for therapy. *Clin Neuropharmacol* 7, (Suppl. 1): 264–265
- Skinner HA, Glaser FB, Annis HM (1982) Crossing the threshold: Factors in self-identification as an alcoholic. *Br Addict* 77: 51–64
- Taylor C, Brown D, Duckitt A, Edwards G, Oppenheimer E, Sheehan M (1985) Patterns of outcome: Drinking histories over ten years among a group of alcoholics. *Br J Addict* 80: 45–50
- Vannicelli M (1978) Impact of aftercare in the treatment of alcoholics. *J Stud Alcohol* 39: 1875–1886
- Walch-Heiden E (1982) Alkoholismus – Nachsorge in der Bundesrepublik Deutschland. *Wiener Z Suchtforsch* 5: 51–34
- Watzl H, Gutbrod K (1983) „Verlangen nach Alkohol“ – Begriffsbestimmung, empirische Befunde und Erklärungsansätze. *Suchtgefahren* 29: 19–27

Eingegangen am 26. Oktober 1985